

FORUM DE LA PRATIQUE AVANCÉE DE L'ACESI-RQ

Didier Mailhot-Bisson

Président du Forum de la pratique avancée de l'ACESI-RQ
Directeur des programmes de 2^e cycle à l'UdeS
Didier.Mailhot-Bisson@USherbrooke.ca

AVIS

THÈME 2 INNOVER POUR MIEUX SOIGNER

Reconnaître l'expertise infirmière selon la formation détenue pour assurer la sécurité des soins offerts à la population

Comité de rédaction

Joséanne Desrosiers

Membre du Forum et directrice des programmes de 2^e cycle à l'UQAT

Mélissa Lavoie

Membre du Forum et directrice des programmes de 2^e cycle à l'UQAC

Collaboratrices

Dominique Beaulieu

Membre du Forum et directrice des programmes de 2^e cycle à l'UQAR

France Cloutier

Membre du Forum et directrice des programmes de 2^e cycle à l'UQTR

Sylvie Gendron

Membre du Forum et vice-doyenne aux études supérieures à l'UdeM

Elsa Gilbert

Membre du Forum et directrice des programmes IPS-SM à l'UQAR

Kelley Kilpatrick

Professeure agrégée à McGill, experte et collaboratrice externe

Didier Mailhot-Bisson

Président du Forum de la pratique avancée de l'ACESI-RQ et directeur des programmes de 2^e cycle à l'UdeS

Jodi Tuck

Membre du Forum et directrice des programmes de 2^e cycle à McGill

Lucie Lemelin

Membre du Forum et directrice des programmes de 2^e cycle à l'UQO

Sophie Longpré

Membre du Forum et directrice des programmes IPS à l'UQTR

Véronique Roberge

Membre du Forum et directrice des programmes IPS-PL à l'UQAC

Irène Sarasua

Membre du Forum et directrice des programmes IPS à McGill

Josée St-Cyr

Membre du Forum et directrice des programmes IPS-PL à l'UQAT

Les membres du Forum de la pratique avancée de l'ACESI-RQ sont d'avis que l'OIIQ doit reconnaître l'occupation du champ d'exercice infirmier selon la formation que ses membres détiennent. Ainsi, le déploiement de l'infirmière clinicienne spécialisée¹ dans le système de santé permettra d'assurer et de veiller à la qualité, et à la sécurité des soins offerts aux différentes populations desservies.

Déposé au Conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec le 12 mars 2021.

¹ Le féminin est utilisé dans le document uniquement afin d'alléger le texte.

INTRODUCTION

L'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) demeure une spécialité clinique peu connue et mal reconnue dans le système de santé québécois. Le rôle de l'ICS a émergé à la suite de l'évolution constante des soins, de leurs complexités [1-3] et de la nécessité de l'expertise infirmière à veiller à la sécurité des soins offerts aux populations. En décembre dernier, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) mettait en place les États généraux 2021 de la profession infirmière, afin d'examiner les grands enjeux de la profession et de se questionner collectivement sur les pistes de solution. Cet avis porte sur le contexte du déploiement du rôle des ICS au Québec, les enjeux, les pistes de solution et les conditions favorables à l'essor de cette expertise au sein de la profession infirmière, du système de santé et des populations desservies.

CONTEXTE

Les attentes envers l'offre et la qualité des soins et des services de santé évoluent perpétuellement. Les soins deviennent de plus en plus complexes, notamment en raison de l'avancement rapide des connaissances, des nouvelles technologies, des nouveaux traitements et de l'augmentation des maladies chroniques [4]. À ces éléments s'ajoutent les effets des changements climatiques sur la santé des populations augmentant ainsi le taux de maladies chroniques de même que l'émergence de maladies infectieuses [5]. Cette rapide évolution des maladies s'ajoutant à la complexité des soins, exigent maintenant une expertise de la part des infirmières œuvrant dans les différents domaines du système de santé. En témoigne la pandémie de la COVID-19. Contexte lors duquel le besoin d'expertise et de leadership infirmier ont grandement été sollicités dans plusieurs domaines du système de santé dont la prévention et le contrôle des infections (PCI), les soins aux personnes âgées, les soins palliatifs, les soins de première ligne [6] et les soins en santé mentale [7]. La pandémie a démontré l'importance de l'expertise et de la contribution infirmière dans le soutien des équipes soignantes et dans le fonctionnement du système de santé. En effet, l'ICS se voit être une actrice fondamentale pour le système de santé en soutenant la pratique infirmière et les équipes de soins, en jouant un rôle de leader pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dispensés, ainsi que dans la mise en œuvre d'une pratique infirmière avancée (PIA) fondée sur les données probantes [1, 3, 4, 8, 9].

L'intégration et la reconnaissance de l'ICS dans le système de santé est une stratégie importante dans le développement et le soutien de l'expertise infirmière. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) [4] et le Conseil international des infirmières (CII) [10], la formation minimale pour exercer en tant qu'ICS est une maîtrise en sciences infirmières (MSI). Ce niveau de scolarité lui permet de développer un niveau de connaissances plus avancé et une expertise additionnelle afin d'orienter son travail dans différents domaines soit : la pratique clinique auprès des patients, des familles et des populations, l'administration, la gestion, l'enseignement, le politique et la recherche [11, 12]. Les recherches réalisées à ce jour sur l'intégration de l'ICS dans le système de santé ont démontré plusieurs impacts positifs dans différents domaines dont la pratique clinique, la formation continue, l'enseignement, la recherche et la gestion. À propos de la pratique clinique, l'ICS s'avère améliorer la qualité de vie et le bien-être des personnes en optimisant le soutien et la prise en charge de la maladie [1, 13-15]. Sur le plan de la formation, de l'enseignement et de la recherche, l'ICS est une leader positive essentielle afin de guider et d'implanter les changements dans les environnements de soins et les nouvelles pratiques cliniques [8, 9, 14, 16]. Quant à la gestion,

l'ICS a permis de diminuer la durée du séjour hospitalier ainsi que les taux de réhospitalisation et d'admission, et a contribué à réduire les coûts associés aux soins de santé [15, 17, 18].

L'intégration de l'ICS au Canada varie d'une province à l'autre [8]. Une étude pancanadienne réalisée auprès de 553 ICS a regroupé onze différentes spécialités² dans lesquelles les ICS exercent leur rôle dans le système de santé [12]. Présentement, le rôle de l'ICS n'est pas officiellement reconnu au Québec, à l'exception d'une seule expertise, soit l'ICS en PCI. Dans son dernier rapport, l'OIIQ dénombrait 32 ICS en PCI [19]. Il est à noter que 5,1% des membres de l'OIIQ sont titulaires d'un diplôme universitaire de cycles supérieurs en sciences infirmières³ [19]. Néanmoins, ces statistiques ne nous permettent pas de savoir combien de ces membres détiennent une MSI correspondant à la formation d'ICS et combien parmi elles exercent actuellement dans le système de santé selon les qualifications qu'elles détiennent.

C'est pourquoi il s'avère plus que nécessaire de mettre des efforts collectifs afin de développer et de reconnaître à sa juste valeur le rôle de l'ICS dans le système de santé québécois. L'ICS est une leader reconnue détenant une expertise clinique avancée. En découlant, elle est en mesure de répondre à plusieurs problématiques actuellement rencontrées et à venir dans le système de santé, et d'assurer la sécurité et la qualité des soins offerts aux populations.

ENJEUX ET PISTES DE SOLUTION

Enjeux politiques et organisationnels. D'abord, l'absence de reconnaissance d'un titre reconnu par l'OIIQ est l'un des enjeux majeurs pour le déploiement de l'ICS au Québec. Cet enjeu entraîne une fluctuation dans le niveau de scolarité des infirmières qui détiennent des postes s'apparentant à un rôle d'ICS dans le système de santé. Ces infirmières peuvent détenir une maîtrise, un diplôme d'études supérieures spécialisées, un baccalauréat ou même un diplôme d'études collégiales. Cette différence dans le niveau de scolarité mène à un manque d'uniformité du rôle joué et attendu des ICS dans les milieux de soins. Le déploiement du rôle de l'ICS est aussi limité par la présence d'une certaine dichotomie dans les différents établissements de santé soit entre les centres universitaires ou non universitaires et entre les établissements francophones ou anglophones. Présentement, le rôle et le titre donné aux infirmières occupant des postes en PIA varient selon les établissements. Les ICS sont identifiées comme des conseillères cliniques, des conseillères en soins infirmiers, des conseillères-cadres, des éducatrices cliniques, des infirmières ressources, etc. Ainsi, une première solution vers le déploiement du rôle de l'ICS est de reconnaître son titre au sein de l'OIIQ et du système de santé, tout en décidant du niveau minimal d'études exigé pour détenir ce titre.

Enjeux professionnels. Depuis la plus récente réforme du système de santé en 2015, une grande pression est maintenant ressentie par les infirmières exerçant une PIA dans les milieux de soins. Avec la fusion des CISSS et des CIUSSS, plusieurs postes de conseillères cliniques ou conseillères-cadres ont été supprimés dans les établissements de santé. Cette réduction de l'expertise infirmière n'a pas nécessairement tenu compte des besoins et de la complexité des soins d'aujourd'hui. Une surcharge de travail est observée chez ces conseillères puisqu'elles doivent parfois couvrir plusieurs établissements de santé à l'intérieur du CISSS et du CIUSSS

²Les onze spécialités recensées incluent : la gérontologie/réhabilitation, la médecine/chirurgie, les soins critiques, la santé mentale et soins psychiatriques, la santé communautaire, l'oncologie, les soins palliatifs, la néonatalogie/pédiatrie, l'obstétrique/périnatalité, la cardiologie et la neurologie/neurochirurgie [12].

³Ce chiffre semble inclure tous les diplômes d'études de cycles supérieurs en sciences infirmières de deuxième ou de troisième cycle, sans distinction entre les différentes maîtrises en sciences infirmières (IPS, mémoire, essai, stage, etc.) et les diplômes d'études supérieures spécialisées [19].

sous leur responsabilité, prévoir des déplacements de plusieurs kilomètres afin de soutenir toutes les équipes de soins en plus d'assurer la responsabilité et la sécurité des soins infirmiers dans plusieurs domaines de spécialisation clinique. De surcroît, la pratique clinique avancée des ICS est mal déployée dans les milieux, ce qui rend difficile la démonstration de leur contribution à la santé des populations et à l'atteinte des indicateurs de performance des établissements de santé. D'autres barrières à l'implantation du rôle de l'ICS dans les milieux cliniques ont été documentées. Ces barrières sont : le faible leadership infirmier dans l'organisation, le manque de travail d'équipe, le manque de distinction entre les rôles de l'infirmière clinicienne, de l'ICS, de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) et de l'infirmière pivot et la confusion dans le rôle de l'ICS perçue par les infirmières, l'administration et le public [12]. Le manque de clarté dans la définition et le rôle de l'ICS est également l'une des principales barrières au déploiement des ICS dans les milieux cliniques [1, 20-22]. Afin d'atténuer ces barrières, il est essentiel que l'OIIQ se positionne dans la définition du rôle et dans la délimitation du champ d'exercice de l'ICS dans le but de clarifier son statut auprès des différents acteurs politiques et cliniques du système de santé. Une fois la définition et le champ d'exercice de l'ICS établis, l'OIIQ devra mettre en place un plan de promotion du rôle de l'ICS en collaboration avec les acteurs cliniques, politiques et universitaires.

Enjeux économiques. Le déploiement de l'ICS est freiné par un financement insuffisant [12]. Toutefois, lorsque son rôle est déployé de manière optimale, l'ICS a le potentiel de réduire le coût des soins de santé en optimisant la qualité des soins offerts tout en réduisant les complications évitables et l'utilisation des ressources [23-25]. D'autres avantages économiques peuvent résulter de la présence de l'ICS dans le système de santé puisqu'elle déploie un environnement de soutien pour les équipes de soins tout en améliorant leurs conditions de travail, ce qui, par conséquent, mène à une amélioration de la rétention des infirmières [23]. Ainsi, afin de permettre l'implantation optimale de l'ICS dans le système de santé québécois, nous sommes d'avis que les enjeux économiques existant devront être pris en considération par les différentes instances cliniques, politiques et syndicales.

Enjeux éducationnels. Le manque de clarté du rôle de l'ICS dans le système de santé entraîne des impacts dans l'uniformisation de la formation en PIA offerte par les différentes universités. En effet, bien que la formation universitaire de deuxième et troisième cycles soit existante et accessible dans les maisons d'enseignement, cette dernière est cible d'une non-standardisation [26]. L'absence de bourses visant à soutenir financièrement les étudiantes souhaitant poursuivre des études en PIA, fait en sorte que la formation ICS est peu attrayante. En tant que responsables des programmes de formations de cycles supérieurs, nous pouvons constater que les étudiantes prennent souvent la décision de se diriger vers les programmes d'IPS dans lesquels un programme de bourse est offert, en plus d'une meilleure reconnaissance du titre par le système de santé, par l'OIIQ et par les populations. Afin de limiter ces différents enjeux éducationnels, un programme de bourse pourrait être mis en place afin de valoriser la poursuite des études à la MSI et d'encourager de futures infirmières cliniciennes à se diriger vers cette expertise essentielle de la profession. En plus, la clarification du rôle attendu de l'ICS dans le système de santé et la reconnaissance du titre par l'OIIQ permettront aux universités d'uniformiser leurs programmes vers un profil de sortie commun. Dans cette perspective, il est essentiel que l'OIIQ, en collaboration avec les acteurs cliniques, politiques et universitaires, développe un référentiel de compétences permettant d'harmoniser le profil de sortie universitaire des futures ICS.

CONDITIONS FAVORABLES

Une première condition favorable au déploiement du rôle de l'ICS est **la force de la collaboration interuniversitaire** créée par le Forum de la pratique avancée de l'ACESI-RQ. Existant depuis le début des années 2000, ce Forum rassemble les neuf maisons d'enseignement universitaire en sciences infirmières⁴. Brièvement, ce Forum a comme mandat de favoriser l'harmonisation de la formation infirmière en PIA. Ainsi, dans une perspective de développer la PIA, les membres du Forum souhaitent s'impliquer dans un groupe de travail afin de contextualiser le rôle de l'ICS, de permettre leur reconnaissance, de soutenir leur déploiement et d'harmoniser les formations universitaires correspondant au rôle et aux attentes de l'ICS dans le système de santé.

Une seconde condition favorable est **l'existence des programmes de MSI**. L'ensemble des maisons d'enseignement universitaire du Forum détiennent des programmes de MSI, et ce, dans différentes expertises permettant le déploiement du rôle de l'ICS. Elles détiennent toutes des programmes de MSI recherche (mémoire) en plus d'avoir d'autres programmes MSI professionnelle. L'Université McGill offre des programmes de MSI en pratique avancée, en santé mondiale et en administration. Le réseau de l'Université du Québec offre des programmes de MSI en santé mentale et soins psychiatriques, en soins aux adultes et personnes âgées et en soins aux femmes, enfants et adolescents. L'Université de Sherbrooke offre un programme de MSI en interventions infirmières. L'Université de Montréal offre un programme de MSI de trois options soit experte-conseil, formation et gestion de proximité. L'Université Laval offre un programme de MSI professionnelle. Ensemble, les programmes de MSI offerts permettent de couvrir un large éventail de spécialités pour l'émergence des ICS dans le système de santé. Ainsi, ces programmes répondent à la diversité de la clientèle soignée, à la réalité des milieux cliniques, à la complexité des soins de santé et au besoin d'expertise en sciences infirmières.

Une troisième condition favorable au déploiement de l'ICS dans le système de santé est **l'existence de définitions et de balises pour le rôle de l'ICS dans les milieux de soins**. En effet, des travaux réalisés par l'ACESI [11] et l'AIIIC [4] ont déjà balisé le rôle ainsi que les compétences de l'ICS. Il s'agit de documents indispensables sur lesquels l'OIIQ et le système de santé devront se baser afin de définir, clarifier et déployer l'ICS au Québec.

CONCLUSION

Les membres du Forum de la pratique avancée de l'ACESI-RQ sont d'avis que le déploiement de l'ICS dans le système de santé permettra de bonifier l'expertise infirmière en réponse à la complexité croissante des problèmes de santé tout en assurant la sécurité des soins offerts aux populations, en soutenant les équipes de soins, en favorisant la rétention des infirmières, en améliorant la collaboration interprofessionnelle, en optimisant la réponse du système de santé en situation de crise (climatiques, pandémiques, etc.) et en répondant aux défis à venir. Pour toutes ces raisons, les membres du Forum désirent que les États généraux 2021 de l'OIIQ assurent la reconnaissance de l'occupation du champ d'exercice infirmier selon la formation que ses membres détiennent. Ainsi, le déploiement de l'ICS doit être un dossier prioritaire afin de clarifier, de reconnaître et de soutenir l'émergence de l'ICS dans le système de santé.

⁴ Le Forum de la pratique avancée de l'ACESI-RQ rassemble les neuf universités suivantes : l'Université Laval, l'Université McGill, l'Université de Montréal, l'Université de Sherbrooke, l'Université du Québec à Chicoutimi, l'Université du Québec à Rimouski, l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, l'Université du Québec en Outaouais et l'Université du Québec à Trois-Rivières.

AVIS

CONSIDERANT l'évolution constante des soins due aux avancements technologiques et scientifiques ;

CONSIDERANT les effets des changements climatiques sur la santé des populations ;

CONSIDERANT QUE la population québécoise, tout comme la population mondiale, a des besoins de santé complexes ;

CONSIDERANT QU'une seule expertise portant le titre d'ICS est reconnue au Québec, soit l'ICS en PCI ;

CONSIDERANT QU'actuellement les infirmières peuvent occuper un poste en pratique avancée, peu importe leur niveau de formation ;

CONSIDERANT la documentation existante à propos de la définition et du rôle attendu des ICS dans les milieux de soins, et ce, par des associations canadiennes majeures en sciences infirmières (AIIIC et ACESI) ;

CONSIDERANT QUE les données probantes démontrent les avantages à développer et à soutenir le déploiement d'ICS dans les milieux de soins ;

CONSIDERANT la collaboration entre les différentes maisons universitaires par l'existence du Forum de la pratique avancée de l'ACESI-RQ ;

CONSIDERANT QUE les neuf maisons d'enseignement universitaire au Québec offrent déjà plusieurs programmes de maîtrise en sciences infirmières (professionnelle et recherche) visant à former des infirmières au rôle attendu de l'ICS, et ce, dans différents champs d'expertise essentiels pour la pratique clinique avancée ;

CONSIDERANT QUE des infirmières en pratique avancée sont déjà diplômées par les différentes maisons d'enseignement et détiennent toutes les compétences à exercer le rôle d'ICS dans le système de santé ;

CONSIDERANT les pistes de solutions proposées ;

Les membres du Forum de la pratique avancée de l'ACESI-RQ recommandent au Conseil d'administration de l'OIIQ ;

DE CRÉER UN GROUPE DE TRAVAIL CONSULTATIF pour le déploiement de l'ICS dans le système de santé québécois et **D'IMPLIQUER** les acteurs cliniques, politiques et universitaires, dont les membres du Forum, afin de prendre part aux discussions ;

DE RECONNAITRE officiellement au sein de son ordre le titre d'ICS pour d'autres expertises que l'ICS en PCI ;

D'ASSURER ET DE SOUTENIR le déploiement de l'ICS dans le système de santé au Québec ;

DE METTRE EN PLACE un plan de promotion du rôle de l'ICS en collaboration avec les acteurs cliniques, politiques et universitaires ;

DE S'ASSURER que les infirmières occupent leur champ d'exercice selon la formation qu'elles détiennent.

RÉFÉRENCES

1. McDonald, D., *Who is the clinical nurse specialist?* Canadian-Nurse, 2012. **108**(6): p. 22-25.
2. Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Bryant-Lukosius, D., Donald F., Carter, N., & DiCenso, A., *A Historical Overview of the Development of Advanced Practice Nursing Roles in Canada*. Nursing Leadership, 2010. **23**(Special Issue): p. 35-60.
3. Jokiniemi, K., Meretoja, R., & Pietilä, A.M., *Constructing content validity of clinical nurse specialist core competencies: exploratory sequential mixed-method study*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2018. **32**(4): p. 1428-1436.
4. AIIIC, *Les soins infirmiers en pratique avancée : un cadre pancanadien*. 2019, Association des infirmières et infirmiers du Canada: Ottawa, Canada.
5. Bélanger, D., Gosselin, P., Bustinza, R., Campagna, C., & Sant'Ana, M., *Changements climatiques et santé : prévenir, soigner et s'adapter*. 2019, [Québec]: Presses de l'Université Laval.
6. OIIQ, *COVID19: L'expertise infirmière au front de l'urgence sanitaire*. Perspective infirmière, 2020. **17**(3): p. 43-48.
7. Usher, K., Durkin, J., & Bhullar, N., *The COVID-19 pandemic and mental health impacts*. International Journal of Mental Health Nursing, 2020. **29**(3): p. 315-318.
8. Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Kilpatrick, K., Ruth, F., Martin-Misener, D. Kaasalainen, S., Harbman, P., et al., *The clinical nurse specialist role in Canada*. Nursing Leadership, 2010. **23**(Special Issue): p. 140-166.
9. Sanchez, K., Winnie, K., & de Haas-Rowland, N., *Establishing the Clinical Nurse Specialist Identity by Transforming Structures, Processes, and Outcomes*. Clinical Nurse Specialist, 2019. **33**(3): p. 117-122.
10. Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcini J., Roussel, J., & Stewart D., *Directives sur la pratique infirmière avancée 2020*. 2020, Genève, Suisse: Conseil international des infirmières.
11. ACESI, *Cadre national de l'ACESI sur la formation de l'infirmière : rapport final*. 2015, Association canadienne des écoles de sciences infirmières.
12. Kilpatrick, K., DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D. Ritchie, J.A., Martin-Misener, R., & Carter, N., *Practice patterns and perceived impact of clinical nurse specialist roles in Canada: Results of a national survey*. International Journal of Nursing Studies, 2013. **50**(11): p. 1524-1536.
13. Barrie, J., *The clinical nurse specialist's role in chronic pain management services*. British Journal of Healthcare Management, 2014. **20**(12): p. 558-561.
14. Romp, C.R., & Cecil, M.J., *Remote clinical nurse specialist: Making a difference from a distance*. AACN Advanced Critical Care, 2017. **28**(4): p. 314-318.
15. Cope, K., Fowler, L., & Pogson, Z., *Developing a specialist-nurse-led 'COPD in-reach service'*. British Journal of Nursing, 2015. **24**(8): p. 441-445.
16. Mohr, L.D., & Coke, L.A., *Distinguishing the clinical nurse specialist from other graduate nursing roles*. Clinical Nurse Specialist, 2018. **32**(3): p. 139-151.
17. Salamanca-Balen, N., Seymour, J., Caswell, G., Whynes, D., & Tod, A., *The costs, resource use and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led interventions for patients with palliative care needs: A systematic review of international evidence*. Palliative Medicine, 2018. **32**(2): p. 447-465.

18. Whayman, K., Stansfield, C., Duncan, J., & O'Connor, M., *Developing the role of the clinical nurse specialist in inflammatory bowel disease*. *Gastrointestinal Nursing*, 2012. **10**(8): p. 22-27.
19. Marleau, D., *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2019-2020 : Le Québec et ses régions*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Editor. 2020: Montréal, Canada. p. 1-43.
20. Bell, J., Crawford, R., & Holloway, K., *Core components of the rural nurse specialist role in New Zealand*. *Rural and remote health*, 2018. **18**(2): p. 4260.
21. Cannaby, A.-M., Carter, V., Rolland, P., Finn, A., & Owen, J., *The scope and variance of clinical nurse specialist job descriptions*. *British Journal of Nursing*, 2020. **29**(11): p. 606-611.
22. Cook, O., McIntyre, M., Recoche, K., & Lee, S., *A clearer pathway : the future of the gynaecological oncology specialist nurse role*. *Collegian*, 2020. **27**(4): p. 388-395.
23. Organisation mondiale de la Santé. *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership*. 2020; Available from: <file:///Z:/Direction%20MSI/Avis%20%C3%A9tat%20g%C3%A9n%C3%A9raux%20-%20OIIQ%202021/articles/9789240004900-fre.pdf>.
24. Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Donald, F., Reid, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Harbman, P., et al., *The effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: a systematic review*. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2014. **20**(6): p. 1106-23.
25. Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Reid, K., Donald, F., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Kaasalainen, S., et al. , *The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review*. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2015. **21**(5): p. 763-81.
26. Barile, L., Munox, A.M., & Hanson, D., *APRN FOCUS The role of clinical nurse specialists in transforming health care*. *American Nurse*, 2016. **48**(6): p. 12.